



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Farmacia y Bioquímica

Unidad de Posgrado

Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Diaz Ufano y Peral- Essalud

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Farmacia Clínica

AUTOR

William César HUARACA TITO

ASESOR

Dra. Gladys Martha DELGADO PÉREZ

Lima – Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Huaraca, W. Adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Diaz Ufano y Peral-Essalud [Trabajo Académico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Unidad de Posgrado; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código Orcid del autor (dato opcional): NO TIENE

Código Orcid de asesor o asesores (dato obligatorio):0000-0002-9988-4322

DNI del autor: 40082919

Grupo de investigación: NO PERTENECE

Institución que financia parcial o totalmente la investigación: AUTOFINANCIADO

Ubicación geográfica donde se desarrolla la investigación. Debe incluir localidades y coordenadas geográficas.

HOSPITAL I AURELIO DIAZ UFANO Y PERAL-ESSALUD

Calle Rio Majes s/n, San Juan de Lurigancho, Lima – Perú

Latitud: -12.002222°

Longitud: -77.008333°

Año o rango de años que la investigación abarco:

Inicio Final

Agosto 2019 – setiembre 2019



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Farmacia y Bioquímica
UNIDAD DE POSGRADO



ACTA DE TRABAJO ACADÉMICO DE TITULACIÓN PARA OPTAR
AL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN FARMACIA CLÍNICA

Siendo las **09:20 hrs. del 23 de octubre de 2019** se reunieron en el auditorio de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Jurado de tesis, presidido por la Dra. Luisa Pacífica Negrón Ballarte e integrado por los siguientes miembros: Mg. Félix Hugo Milla Flores, Dra. Gladys Martha Delgado Pérez y Mg. Jesús Víctor Lizano Gutiérrez; para la sustentación oral y pública del trabajo Académico de Titulación intitulada: **"ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO HOSPITAL I AURELIO DIAZ UFANO Y PERAL - ESSALUD"**, presentado por el Q.F. **WILLIAM CÉSAR HUARACA TITO**.

Acto seguido se procedió a la exposición del trabajo Académico de Titulación, con el fin de optar el Título de **Segunda Especialidad Profesional en Farmacia Clínica**. Formuladas las preguntas, éstas fueron absueltas por el graduando.

A continuación el Jurado de tesis procedió a la calificación, la que dio como resultado el siguiente calificativo:


DIECISEIS (16) Bueno

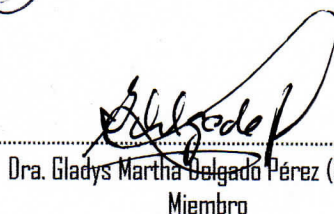
Luego, la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad proponga que se le otorgue al Q.F. **WILLIAM CÉSAR HUARACA TITO**, el Título de Segunda Especialidad Profesional en **Farmacia Clínica**.

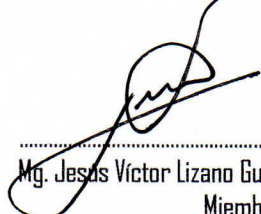
Siendo las **10:00** hrs. se levanta la sesión.

Se extiende el acta en Lima, a las **10:00** hrs. del 23 de octubre de 2019.


Dra. Luisa Pacífica Negrón Ballarte (P.P. D.E.)
Presidenta


Mg. Félix Hugo Milla Flores (P.P. T.C.)
Miembro


Dra. Gladys Martha Delgado Pérez (P. P. T.P.)
Miembro


Mg. Jesús Víctor Lizano Gutiérrez (P.P. T.C.)
Miembro

Observaciones:

ÍNDICE

Lista de figuras.....	i
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Objetivos.....	2
1.1.1 Objetivo general.....	2
1.1.2 Objetivos específicos.....	2
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 Antecedentes de la investigación.....	3
2.2 Bases teóricas.....	4
2.3 Glosario o definición de términos.....	10
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	12
3.1 Tipo de Investigación.....	12
3.2 Diseño metodológico.....	12
3.3 Unidad de Análisis.....	12
3.4 Población de Estudio.....	12
3.5 Muestra o Tamaño de Muestra.....	12
3.6 Criterios de selección.....	12
3.6.1 Criterios de inclusión.....	12
3.6.2 Criterios de exclusión.....	13
3.7 Técnicas o instrumentos de recolección de la información o de datos.....	13
3.8 Procesamiento de la información o de datos.....	13
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	15
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....	23
CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....	27
CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
CAPITULO VIII: ANEXOS.....	30

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Edad de los pacientes con tratamiento antihipertensivo del hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019.....	15
Figura 2. Sexo de los Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019....	15
Figura 3. Nivel de estudio de los Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019.....	16
Figura 4. Estado civil de los Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019.....	16
Figura 5. Presión arterial encontrada al momento de la entrevista en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto -setiembre 2019.....	17
Figura 6. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del Test de Morisky-Green- Levine ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?.....	17
Figura 7. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del test de Morisky-Green- Levine ¿toma los fármacos a la hora indicada?.....	18
Figura 8. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del test de Morisky-Green- Levine. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?.....	18
Figura 9. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del test de Morisky-Green- Levine. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?.....	19
Figura 10. Nivel de adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green- Levine en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto - setiembre 2019.....	19
Figura 11. Relación que existe de la adherencia terapéutica con la presión arterial de los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto - setiembre 2019.....	20
Figura 12. Porcentaje de adherencia terapéutica según la edad en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiem- bre 2019.....	20
Figura 13. Porcentaje de adherencia terapéutica según el sexo de los pacientes con	

tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre 2019.....	21
Figura 14. Porcentaje de adherencia terapéutica conforme al nivel estudiado de los pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto - setiembre 2019.....	21
Figura 15. Porcentaje de adherencia terapéutica según estado civil en los pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto - setiembre 2019.....	22

RESUMEN

La hipertensión arterial es uno de los mayores problemas de salud pública ya que constituye el factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares tales como el infarto cardiaco, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular, entre otros. El factor más importante relacionado a su adecuado control es la adherencia al tratamiento, tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud en los meses de agosto a setiembre 2019. Es un estudio cualitativo, observacional, prospectivo y descriptivo de corte transversal, en el que se obtiene la información mediante la entrevista a los pacientes atendidos en el programa de hipertensión arterial del Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral utilizando una ficha estructurada en el que se incluye el Test Morisky – Green -Levine para poder determinar la adherencia terapéutica, su presión arterial y los aspectos sociodemográficos. Los resultados obtenidos fueron que un 85% > 60 años, 60 % son mujeres, el 38% tiene nivel primario, el 68% son casados y el 67% tienen la presión arterial controlada. La adherencia al tratamiento es de 41%, existen una relación entre la adherencia y la presión arterial. Se concluye que el nivel de adherencia terapéutica es muy bajo y el principal motivo de incumplimiento terapéutico es el olvido por lo menos alguna vez de tomar su medicamento.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Test de Morisky- Green-Levine, hipertensión.

ABSTRACT

Hypertension is one of the biggest public health problems since it constitutes the risk factor for cardiovascular diseases such as heart attack, heart failure, stroke, among others. The most important factor related to its adequate control is adherence to treatment, as established by the World Health Organization. The objective of this study was to determine the level of therapeutic adherence in patients with antihypertensive treatment at the I Aurelio Díaz Ufano and Peral-EsSalud Hospital in the months of August to September 2019. It is a qualitative, observational, prospective and descriptive cross-sectional study, in which information is obtained by interviewing patients treated in the arterial hypertension program of the I Aurelio Díaz Ufano y Peral Hospital using a structured file in which It includes the Morisky - Green-Levine Test to determine therapeutic adherence, blood pressure and sociodemographic aspects. The results obtained were that 85% > 60 years, 60% are women, 38% have a primary level, 68% are married and 67% have controlled blood pressure. Adherence to treatment is 41%, there is a relationship between adherence and blood pressure. It is concluded that the level of therapeutic adherence is very low and the main reason for therapeutic non-compliance is the forgetting at least once of taking your medication.

Keywords: Therapeutic adherence, Morisky-Green-Levine test, hypertension.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la hipertensión arterial (HTA) es considerado como uno de los mayores problemas de salud pública debido a su implicancia como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, está relacionada con los infartos cardiacos, la insuficiencia cardiaca, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad arterial periférica y el deterioro renal entre otros. La Sociedad Peruana de Cardiología señala que de todos los pacientes que sufren infarto el 50% corresponden a pacientes hipertensos, por lo tanto, todo esto constituye un reto para los profesionales de salud a fin de darle el manejo adecuado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la HTA es responsable del 45% de las muertes debidas a enfermedades del sistema circulatorio y del 51% de las muertes causadas por accidentes cerebro vasculares (ACV). Estimándose en el mundo que las enfermedades cardiovasculares (ECV) como responsables de unos 17 millones de muertes al año, casi un tercio del total de muertes (1).

La OMS, determinó en el año 2008 que la prevalencia de la HTA a nivel mundial es del 40% en personas mayores a los 25 años; registrándose esta máxima prevalencia en África (46%) y la prevalencia más baja en América (35%). La HTA en Estados Unidos afecta principalmente a casi un tercio de las personas mayores de 18 años, encontrándose en casi la mitad de ellos una presión arterial no controlada (2).

El Perú no es ajeno a esta realidad mundial, donde se evidencia una prevalencia de hipertensión arterial que se ha incrementado del 23.7% en el 2004 al 27.3% en el 2010. Siendo esta prevalencia mayor en varones que en mujeres, la región con mayor prevalencia sigue siendo la costa y en segundo lugar la selva, asimismo hay más hipertensos que están enterados de su enfermedad (48.2%), donde de estos solo el 81.5% reciben algún tipo de tratamiento ya sea médico, dietético o ambos y el 18.5% restante no reciben tratamiento; también se muestra de este estudio que, de los que están siendo tratados, solo el 52.4% logran ser compensados y el 47.6 % aún se mantienen descompensados (3).

Un factor muy importante relacionado con el manejo de la hipertensión arterial es la adherencia al tratamiento, definida como: “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.

La OMS establece que la no adherencia es un problema de salud pública, ya que trae consigo consecuencias muy negativas como: Incremento en las tasas de hospitalización, elevación en los costos sanitarios y disminución de la eficacia terapéutica, entendiéndose por lo tanto que lograr la adherencia terapéutica (AT) es fundamental (4).

Las hipertensiones arteriales continúan siendo un desafío, porque aún persiste el problema de la no adherencia terapéutica. Tal como se pueden ver reflejados en diversos estudios a nivel nacional e internacional, las cuales coinciden en sus resultados obtenidos con el informe presentado por la Organización Mundial de la Salud, donde destaca que solo se está logrando un 50% de adherencia terapéutica en los países desarrollados y que estas cifras se reducirían en los países en vías de desarrollo, por sus problemas de escasez de recursos y la falta de cobertura al acceso de la atención de salud (5).

El Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral- EsSalud cuenta con un programa de Hipertensión Arterial, donde se controlan a los pacientes con tratamiento antihipertensivo; por lo tanto, resulta importante estudiar el nivel de adherencia terapéutica en estos pacientes para analizar los resultados obtenidos, establecer estrategias de intervención y poder contribuir en reducir las tasas de morbilidad y mortalidad que implica el inadecuado manejo en la HTA. Planteamos como problema de investigación, ¿Cuál será el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes con tratamiento antihipertensivo del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud en los meses de agosto a setiembre 2019?

1.1 Objetivos de la investigación

1.1.1 Objetivo general

Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud en los meses de agosto a setiembre 2019.

1.1.2 Objetivos específicos

- ❖ Describir las características sociodemográficas de los pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud, en los meses agosto-setiembre 2019.
- ❖ Describir la presión arterial en pacientes tanto adherentes como no adherentes al tratamiento antihipertensivo al momento de efectuar la entrevista en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud durante los meses agosto-setiembre 2019.

- ❖ Determinar la asociación existente entre la adherencia terapéutica y la presión arterial de los pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-Essalud durante los meses agosto-setiembre 2019.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

Un estudio realizado en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura, utilizando el Test de Morisky-Green-Levine, en la cual se buscó determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico, concluyo que el 53.3% de pacientes encuestados es adherente al tratamiento farmacológico, asimismo con respecto a la presión arterial encontrada en estos pacientes, el 52.5% tienen su presión arterial controlada (6).

En el Policlínico Metropolitano de EsSalud - Red Tacna febrero 2013, se efectuó un estudio con la finalidad de establecer la relación que existe entre la adherencia al tratamiento antihipertensivo y la presión arterial, concluyéndose que el 68 % de pacientes presentan una mala adherencia y de estos el 44.8% tenían la presión arterial no controlada, concluyéndose que la mala adherencia está asociada al no control de la presión arterial (7).

Un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal efectuado por el Hospital Regional Docente las Mercedes, determino una adherencia farmacológica del 47.6%, además se determinó que la adherencia está asociada a los pacientes con presión arterial controlada, ya que de todos los pacientes adherentes el 53% tienen su presión arterial controlada y finalmente este bajo grado de adherencia se debe principalmente al olvido en la toma de sus medicamentos (5).

La Sociedad Peruana de Cardiología determino un incremento de la prevalencia de la hipertensión arterial de 23.7% (según TORNASOL I) a 27.3% (en TORNASOL II), donde la costa sigue teniendo la mayor cantidad de hipertensos seguido de la selva, la población de hipertensos que conocen su enfermedad ha aumentado de 44.9% a 48.2% y de estos el 81.5% recibe tratamiento, pero de estos solo están compensados el 52.4% (3).

Un estudio efectuado en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015, evidencia que 31.8% de los pacientes tienen un bajo conocimiento sobre la hipertensión arterial y 53.3% de pacientes tienen una adherencia parcial fueron 161 (53. 3%).concluyendo finalmente que los pacientes no tienen una adecuada educación de su enfermedad y sugiere determinadas recomendaciones para mejorar este factor (8).

Una revisión sistemática realizado por la Universidad de Cantabria -Santander 2017. Determino algunas variables que estarían relacionadas de manera significativa con la mejora en la adherencia a los fármacos antihipertensivos, las cuales fueron: los pacientes de mayor edad, la raza caucásica, los pacientes con diabetes y sin depresión, y la toma de antihipertensivos en combinación fija. También se hacen referencias a otras variables que estarían implicadas, aunque en menor grado, tales como: residir en una zona urbana, padecer enfermedad cardíaca, obtener un mayor índice de comorbilidad y tomar terapia combinada (1).

Un estudio sobre la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos adultos atendidos en el Centro de Salud de Mórrope Lambayeque – 2016. Concluyo que es muy baja la adherencia, encontrándose un 69.89% de pacientes no adherentes al tratamiento terapéutico farmacológico y un 84.41% no adherentes al tratamiento no farmacológico (9).

El estudio de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos atendidos en BOTICAS INKAFARMA – Trujillo. Abril – Julio del 2016, concluye según la encuesta efectuada empleando el Test de Morisky-Green-Levine que el 41.7% se adhieren al tratamiento antihipertensivo (10).

El estudio efectuado por el Hospital Nacional Cayetano Heredia empleando el Test de Morisky-Green en el año 2010, para determinar la adherencia al tratamiento farmacológico, concluye que los pacientes que tenían presión arterial controlada eran del 62.1% y la adherencia al tratamiento farmacológico fue de 37.9%, encontrándose una asociación entre ambas variables (11).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial es cuando el valor de la presión sistólica es ≥ 140 mmHg o cuando la presión diastólica es ≥ 90 mmHg, conforme lo demuestran los ensayos clínicos aleatorios, los cuales establecen que los pacientes que presentan estos valores de presión arterial son susceptibles a que esto disminuya cuando reciben tratamiento farmacológico (12).

2.2.2 Clasificación de la Hipertensión Arterial.

Esta clasificación está establecida para pacientes jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos, no siendo aplicable en niños ya que en estos se toman en cuenta otros criterios.

Clasificación de la presión arterial

Categoría	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA grado 1 (leve)	140-159	90-99
HTA grado 2 (moderada)	160-179	100-109
HTA grado 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

Guía práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial (12).

2.2.3 Medida de la presión arterial.

La técnica empleada para medir la presión arterial, requiere de ciertas condiciones necesarias que deben de tenerse en cuenta tanto en los sujetos, ambiente e instrumentos a usar. Estas se pueden resumir en el siguiente cuadro:

Técnica estándar de medida de presión arterial

- Se obtendrá una medida basal de la PA del paciente estando en reposo psíquico y físico.
- Se tiene que evitar el ejercicio físico previo a la medida.
- Se debe reposar al menos 5 minutos antes de efectuar la medida.
- No efectuar ninguna actividad muscular isométrica: estar sentado, espalda y brazo apoyados, las cruzar las piernas.
- No efectuar la medida si el paciente este incomodo, si la vejiga está llena, etc.
- El ambiente debe ser tranquilo y confortable durante la consulta.
- Estar relajado antes de efectuar la medida, así como reducir toda ansiedad y no estar a la expectativa de resultados diagnósticos.
- No se tiene que hablar ni preguntar y evitar toda actividad mental.
- Evitar consumir cafeína o tabaco 15 minutos antes de la medida, evitar tomar medicamentos con efecto sobre la PA (así como los antihipertensivos).

- Esfigmomanómetro de mercurio mantenido de forma adecuada que este validado y calibrado en los últimos 6 meses.
- Seleccionar el brazo con PA más elevada, retirar prendas gruesas, evitar enrollarlas de forma que compriman.
- Establecer primero la presión arterial sistólica de la arteria radial colocando el equipo de medición la cual de inflar a 20 mmHg por encima de presión estimada. Posteriormente ir desinflando a un ritmo de 2-3 mmHg/segundo, usando la fase I de Korotkoff para la presión sistólica y la V en la desaparición para la presión diastólica.
- Las medidas como mínimo son dos, las cuales hay que promediarlas, asimismo se pueden realizar tomas adicionales si se presenta un cambio > 5 mmHg, promediando en este último caso hasta 4 medidas.

Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005 (13).

2.2.4 Complicaciones de la Hipertensión arterial.

Efectos cardiovasculares. - El corazón inicialmente trata de compensar la carga del trabajo producto del aumento de una presión arterial, provocando una hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, que se caracteriza por un aumento del espesor de su pared ventricular. Posteriormente esto causa deterioro de la cavidad ventricular, la cual se dilata provocando los signos y síntomas de una insuficiencia cardíaca. La Hipertensión arterial también provoca un aceleramiento de las enfermedades coronarias pudiendo aparecer la angina de pecho como consecuencia del incremento de las necesidades de oxígeno, producto del aumento del tamaño del miocardio. En las exploraciones que se efectúan al corazón se observan que esta agrandado y muestra un prominente impulso ventricular izquierdo. También se detecta que el ruido característico la válvula aorta esta acentuado y puede haber un soplo débil de insuficiencia aórtica. En la cardiopatía hipertensiva aparece, frecuentemente, un tono presistólico (cuarto tono) y un protodiastólico ventricular (tercer tono) o ritmo de galope. Asimismo, se observa cambios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda. En fases tardías puede haber datos de isquemia o infarto. La mayor parte de las muertes debidas a la hipertensión son consecuencia de infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva (14).

Efectos sobre el sistema nervioso central. – Se produce daños que comprometen principalmente a la retina y al sistema nervioso central. Se puede evidenciar en la retina, a través del examen de fondo de ojo, el estado de las arterias y arteriolas, los cuales

presentan cambios que serán útiles para el seguimiento, de cómo se da la evolución y el pronóstico de los pacientes hipertensos.

Es frecuente una disfunción del sistema nervioso central que se caracteriza por presentar una cefalea que tiene una aparición continua, hay vértigo, el paciente esta mareado, presenta inestabilidad, así como tinitus y trastornos visuales con síncope; pero el problema más temido es cuando se presenta una oclusión vascular que provocaría un infarto o hemorragia cerebral. Sabemos que generalmente el infarto es producto de una aterosclerosis o debido a la presencia de una enfermedad aterotrombotica, pero sin embargo la hemorragia se debe al aumento de la presión arterial y de los micro aneurismas vasculares (14).

Daños renales. -La hipertensión produce daño vascular renal que se caracteriza por ser arteriosclerótico tanto en las arteriolas eferentes, aferentes y los ovillos glomerulares. Provocando deterioro de la función del filtrado del glomérulo que se caracteriza por la aparición de proteinuria y presencia microscópica de proteinuria (14).

Daño en los vasos sanguíneos. – Se produce un aumento de la rigidez de las paredes de los vasos sanguíneos y esta hipertrofia vascular se acompaña de arteriosclerosis que complican aún más la estructura de los vasos sanguíneos (14).

Disfunción sexual. -Los sujetos con hipertensión arterial es común que presenten problemas de disfunción eréctil, especialmente en mayores de 55 años, conforme al Massachusetts Male Aging Study. También se encuentra la disfunción en pacientes que están recibiendo tratamiento antihipertensivo, este problema se puede presentar de diferentes maneras o formas que van desde disminución de la actividad sexual hasta problemas para mantener una erección y eyaculación adecuada (14).

2.2.5 Estrategias de Terapéuticas

Cambios en el estilo de vida. –Son la piedra angular para la prevención de la hipertensión arterial, asimismo muy importantes durante el tratamiento, aunque esto no debería postergar el inicio del tratamiento farmacológico en pacientes que lo requieran por presentar un riesgo muy alto de esta enfermedad. También existe información que estos cambios en el estilo de vida puedan retrasar o prevenir el instaurar un tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de grado 1 y contribuir en obtener mejores resultados en los pacientes que están siendo medicados, permitiendo así reducir la dosis y evitar aumentar el número de fármacos en la terapia. Las recomendaciones a seguir son (12):

- evitar el consumo de sal. (ojo aquí me quede)
- evitar la ingesta de alcohol.
- alimentación rica en frutas y verduras, disminución de la grasa en los alimentos.
- reducir el peso, así como su control adecuado.
- mantenerse en adecuado estado físico.

El uso de tabaco aumenta el riesgo de daño cardiovascular, porque existe evidencia que los cigarrillos aumentan la vasopresión lo cual tiene consecuencias sobre la presión arterial principalmente a nivel diurno.

Tratamiento farmacológico. -La Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Americana de Cardiología luego de un análisis de estudios sobre terapia antihipertensiva, concluye que la estrategia consiste en lograr la reducción de la presión arterial per se, los cuales se logran muy independientemente del fármaco que se utiliza. Se consideran los siguientes medicamentos: Diuréticos, los beta bloqueadores, antagonistas de los receptores de calcio y los fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Estos medicamentos son los recomendados para iniciar y mantener la terapia antihipertensiva (12).

Monoterapia y tratamiento combinado. – Esta determinado que la monoterapia puede reducir eficazmente un pequeño número de pacientes con hipertensión arterial sea cual fuera el fármaco usado, es por ello que en general los pacientes requieren de la asociación de al menos dos medicamentos para de esta forma tener controlada su presión arterial. En tal sentido se debe siempre empezar con una monoterapia y si esta no responde proceder recién con la asociación de dos o más fármacos antihipertensivo, pero siempre con la dosis más baja y según la situación particular del paciente.

Asimismo, se recomienda nuevamente la guía del 2007, en la que se establece que siempre se debe dar tratamiento de más de un fármaco en aquellos pacientes que son considerados de alto riesgo ya que presentan una presión arterial muy elevada. Se establece además que tanto en la monoterapia o la asociación de dos o más medicamentos siempre se debe empezar con la dosis más baja e ir aumentando gradualmente hasta alcanzar la presión arterial deseada. En los casos especiales como por ejemplo en pacientes con hipertensión arterial resistente, se debe de vigilar los resultados cuando se prescriben un fármaco sobre otro y sustituir al que se considera ineficaz o mínimamente eficaz, esto se tiene que realizar antes de añadir un nuevo fármaco o reemplazarlo por otro en la asociación. (12).

2.2.6 Adherencia terapéutica

El concepto de adherencia o cumplimiento terapéutico, a través del tiempo se ha visto influenciado por una serie de factores en su definición, llegando en el año 1976 a definirlo en el libro titulado “Compliance with Therapeutic Regimens” quienes son los primeros en proponer una definición del término cumplimiento como: “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación del estilo de vida, coincide con la prescripción clínica” (1).

Posteriormente en el año 2003, la OMS define la adherencia terapéutica como: “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (1).

Medición de la adherencia terapéutica.

Para medir el nivel de adherencia se pueden emplear los siguientes métodos, aunque cada uno de ellos tienen ciertas limitaciones (7).

Directos. – Los métodos directos se usan cuando se desean determinar un medicamento, un metabolito o al trazador que puede estar incorporado, así como cuando se analizan fluidos biológicos. Su desventaja es que resultan muy caros, lo cual imposibilita su aplicación en la parte clínica (7).

Indirectos. – Este método permite determinar la adherencia de acuerdo a la información que nos brindara el paciente, así como también de acuerdo a los acontecimientos que tengan que ver de manera indirecta con la adherencia del paciente. Emplear estos métodos resultan más económicos y suelen ser sencillos de ejecutar, destacando principalmente de estos el test de Morisky-Green-Levine (7).

2.2.7 Test de Morisky-Green-Levine.

Es un método indirecto que se emplea en las enfermedades crónicas, fue diseñado inicialmente en pacientes hipertensos con la finalidad de evaluar el cumplimiento de la terapia. Este test se puso en práctica y ha servido en la valoración del cumplimiento terapéutico de diferentes enfermedades.

Esta elaborado mediante la aplicación de cuatro preguntas que tienen una respuesta dicotómica de un “sí” o “no”, el cual permite evaluar la conducta del paciente respecto al cumplimiento terapéutico, es decir evalúa si el paciente adopta actitudes correctas en relación al tratamiento de su enfermedad. Por lo tanto, un paciente será cumplidor si

asume actitudes correctas. Tiene la ventaja porque proporciona la información sobre cuál es la causa del incumplimiento.

Estas preguntas deben efectuarse entremezcladas durante la conversación con el paciente y de una manera cordial. Las cuales son:

- ¿olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿toma los medicamentos a la hora indicada?
- cuando se encuentra bien, ¿deja de tomarla?
- si alguna vez se siente mal, ¿deja Ud. de tomarlo?

El paciente será un cumplidor o adherente al tratamiento si responde correctamente las cuatro preguntas, la cual de acuerdo al orden que se le plantea sería no, si, no y no. También se puede efectuar una variación en la segunda pregunta quedando de esta forma: ¿se olvida de tomar los medicamentos a las horas indicadas?, lo cual conllevaría a obtener como respuestas consecutivas un; no, no, no y no (15).

2.3 Glosario o definición de términos.

Las enfermedades cardiovasculares. - son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos.

Accidente cerebro vascular. -De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por Accidente Cerebro Vascular (ACV) “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración”. Sus consecuencias dependerán del lugar y el tamaño de la lesión.

Prevalencia. - La tasa de prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico.

Gold standard.-En medicina, el *Gold standard* (del inglés: patrón oro) o test de referencia es un término utilizado para definir aquellas pruebas de diagnóstico que tienen la máxima fiabilidad a la hora de diagnosticar una determinada enfermedad.

Características sociodemográfico. - son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presente en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.

Adherencia terapéutica. – define el nivel de conducta que tiene un paciente con respecto a la toma de sus medicamentos, a la dieta que debe de seguir, así como los cambios en el

estilo de vida, de tal forma que todo esto esté acorde con las pautas y sugerencias establecidas por el profesional de la salud.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo de Investigación.

Estudio cualitativo, observacional y prospectivo

3.2 Diseño metodológico

Es un estudio descriptivo, transversal, donde la información se obtiene tal como esta se suscita en el tiempo y espacio, asimismo permite establecer una asociación entre variables.

3.3 Unidad de Análisis

Está conformada por los pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral – EsSalud durante los meses de agosto a setiembre 2019 que cumplieron con los criterios de selección.

3.4 Población de Estudio

Son los 212 pacientes que acuden al programa de hipertensión arterial en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud, cifra que corresponde al promedio de pacientes que se atendieron en los dos últimos meses a la fecha de estudio (junio a julio 2019 en medicina familiar y comunitaria).

3.5 Muestra o Tamaño de Muestra

La muestra es de 100 pacientes y se determinó usando la siguiente formula (16):

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

N= 212 pacientes del programa de hipertensión.

Z= 1.96, para un nivel de confianza de 95%.

P= 0.68, la prevalencia de baja adherencia terapéutica (7).

q= 1-p= 0.32.

d= 0.05, para 95%.

3.6 Criterios de selección. - se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

3.6.1 De inclusión.

- ser paciente mayor de 18 años.
- que pertenezcan al programa de hipertensión arterial del HADUYP y que por lo menos tengan 6 meses de tratamiento.
- que presenten complicaciones como consecuencias de la hipertensión arterial que padecen.

- que además de la presión arterial, tengan otras patologías tales como la diabetes mellitus, dislipidemias, obesidad y otros; en la cual estén recibiendo tratamiento medicamentoso.
- no deben de haber ingerido cafeína, tampoco haber usado tabaco y mucho menos efectuar ejercicios 30 minutos antes de ser entrevistados.

3.6.2 De exclusión.

- no participaran los pacientes que presenten una discapacidad o problema mental, lo cual imposibilite efectuar el estudio.
- no se permitirán pacientes a los con Parkinson, ni aquellos que presenten algún tipo de temblor que se acentuado y continuo.
- aquellos que presenten alguna fistula o daño arteriovenoso.
- quienes no tienen la voluntad de colaborar con el estudio.

3.7 Técnicas o instrumentos de recolección de la información o de datos

La técnica que se emplea es una entrevista a todos aquellos pacientes hipertensos que cumplan con los criterios de selección y estén de acuerdo en participar para lo cual llenará de la ficha de consentimiento informado (anexo 2). Se usará una ficha, estructurados sobre los datos del paciente que se desea obtener y donde se incluye el test de Morisky-Green (anexo 3), lo cual nos permitirá valorar si el paciente cumple o no con el tratamiento y de esta forma obtener el nivel de adherencia o no adherentes terapéutica. Simultáneamente, se procederá a tomar la presión arterial en tres oportunidades, con una diferencia mínima de 5 minutos entre cada medida. Se utilizó un esfigmomanómetro de mercurio y cumplió con las normas establecidas para la medida de la presión arterial.

La presión arterial se considerada no controlada cuando al menos en dos medidas consecutivas esta tenga un valor igual o mayor a 140 mmhg para la presión sistólica y un valor igual o mayor a 90 mmhg de presión diastólica, los cuales serán registrados en la ficha de entrevista.

la recolección de toda esta información está a cargo del propio investigador siguiendo un plan de trabajo (anexo 1).

3.8 Procesamiento de la información o de datos

La información obtenida en el presente estudio se procesará y analizará haciendo uso de la estadística descriptiva, asimismo los resultados que se obtengan se presentarán mediante el grafico de figuras que reflejaran cada una de las frecuencias, cantidades,

porcentajes y relación existente entre las variables cualitativas y cuantitativas de la población de estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

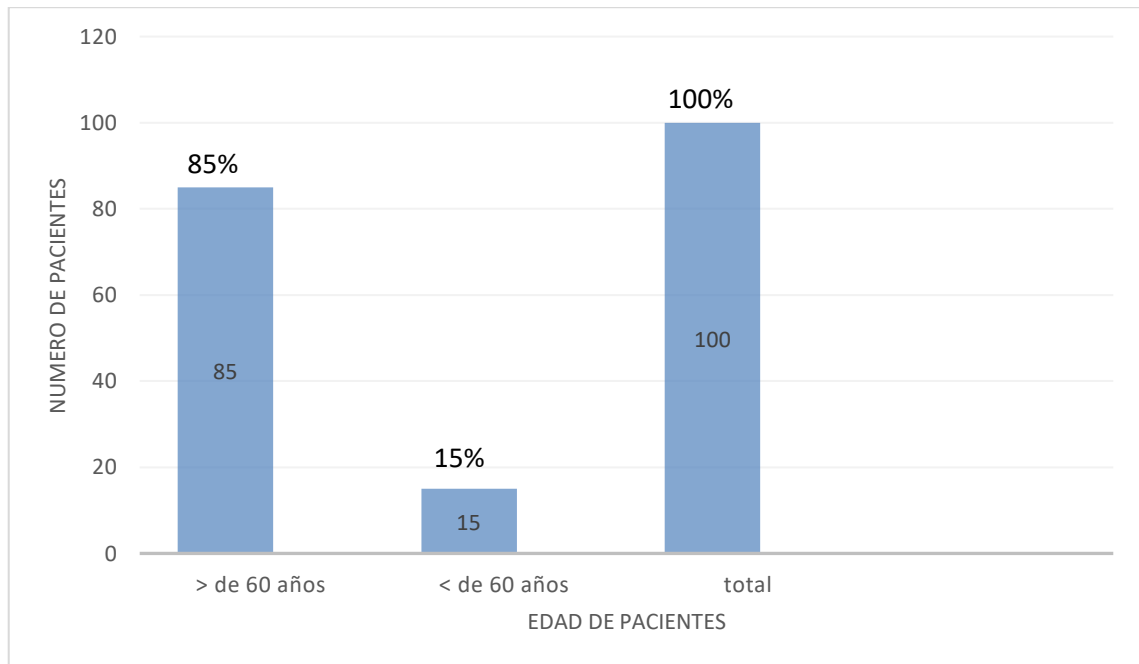


Figura 1. Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019, Según edad.

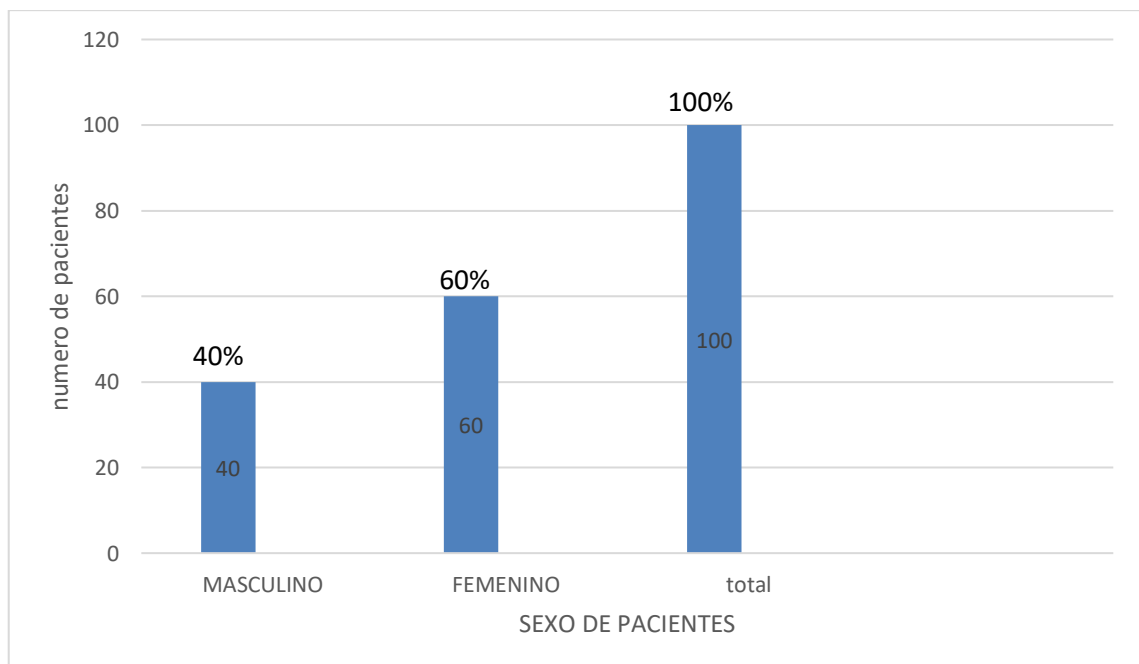


Figura 2. Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019, según sexo.

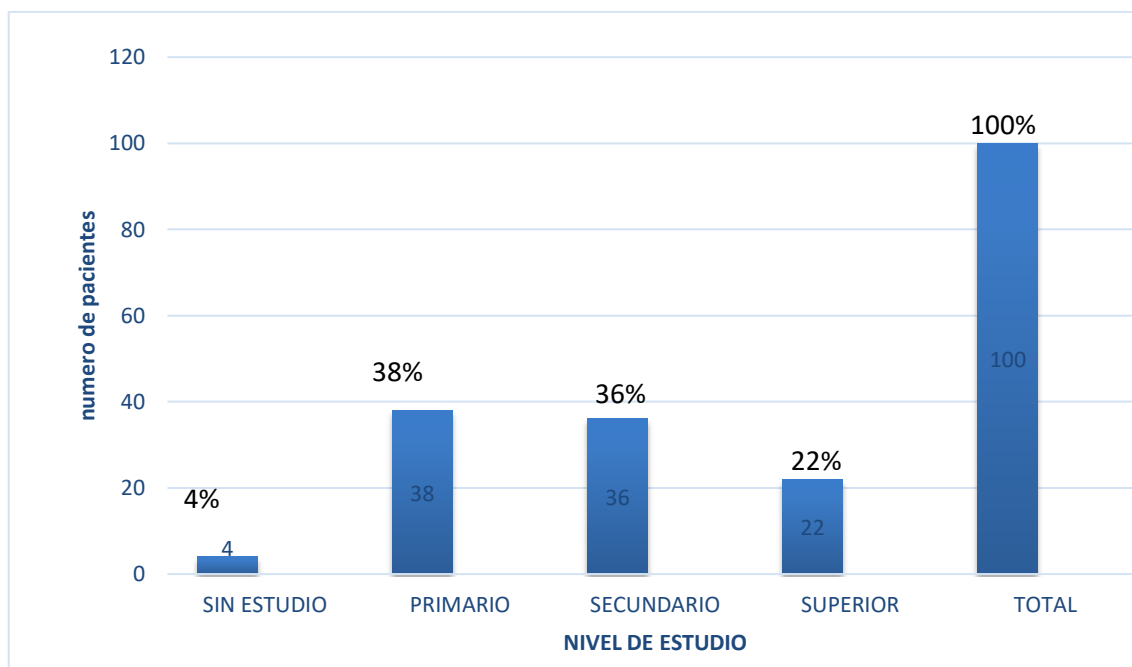


Figura 3. Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019, Según nivel de estudio.

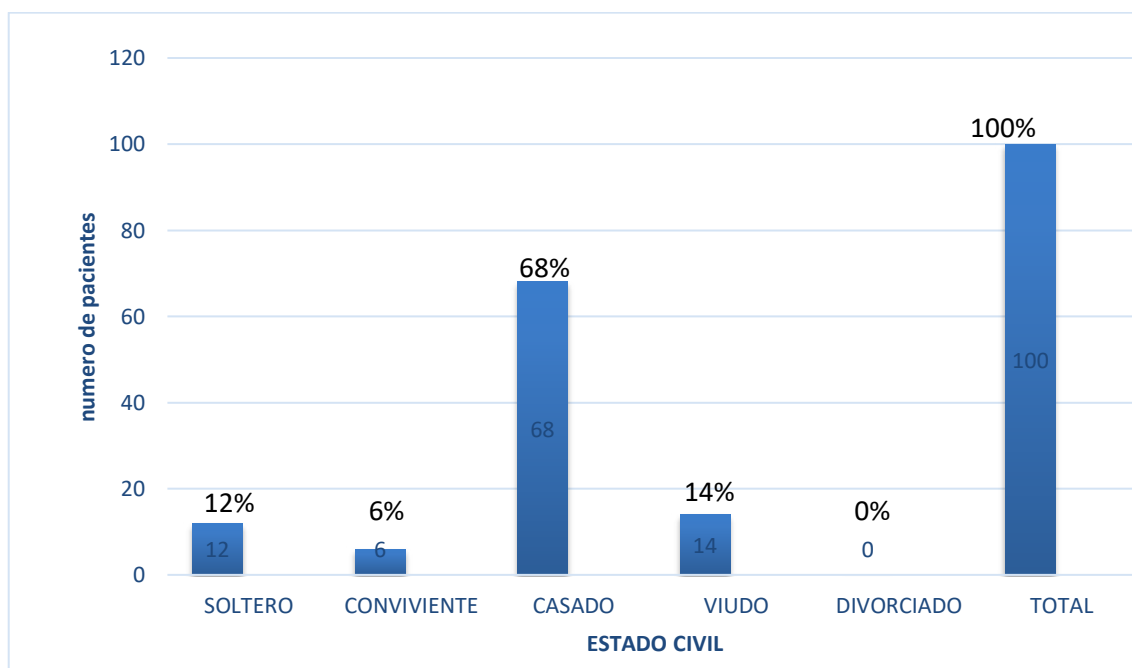


Figura 4. Pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre2019, Según su estado civil.

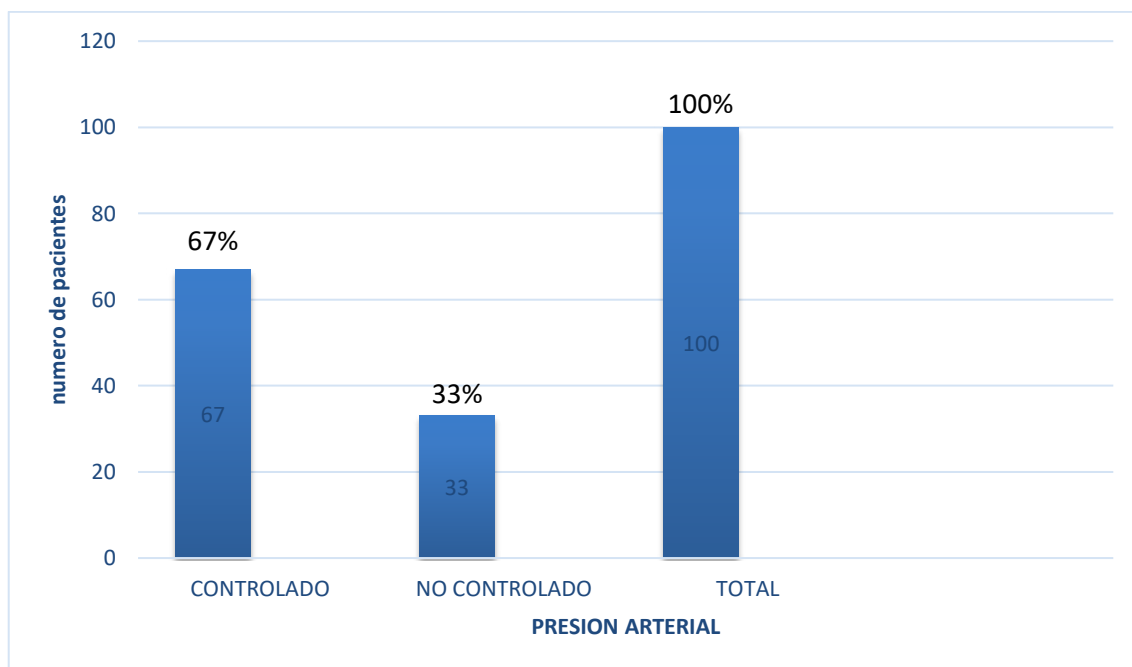


Figura 5. Presión arterial encontrada al momento de la entrevista en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto -setiembre 2019.

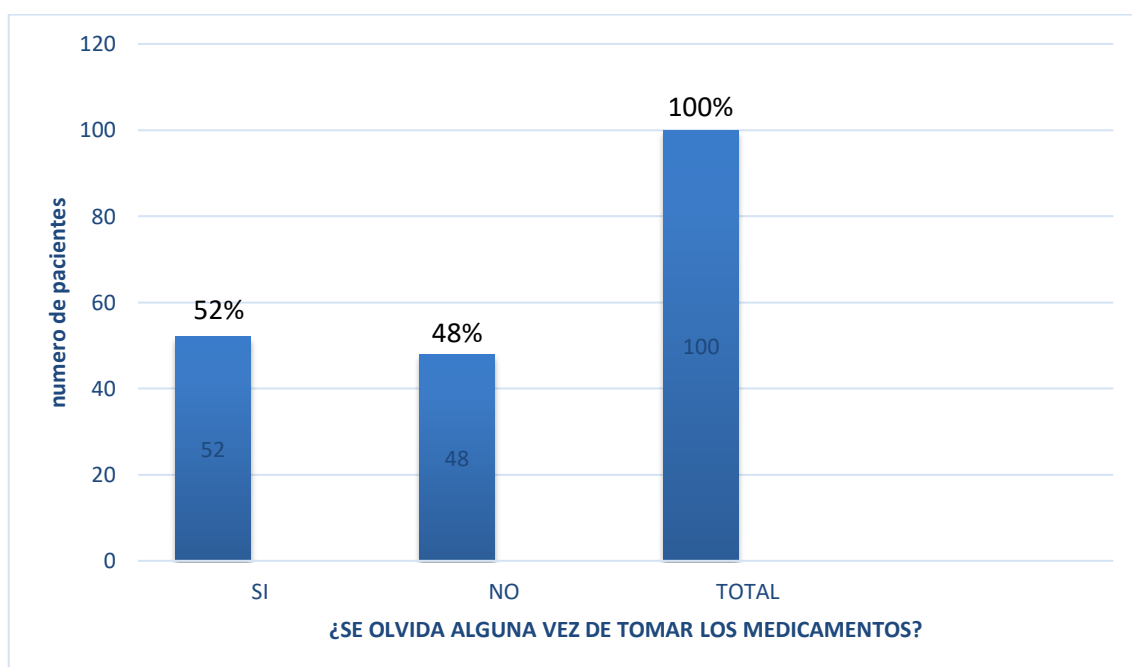


Figura 6. Test de adherencia terapéutica de Morisky-Green- Levine en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre 2019, según la pregunta ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

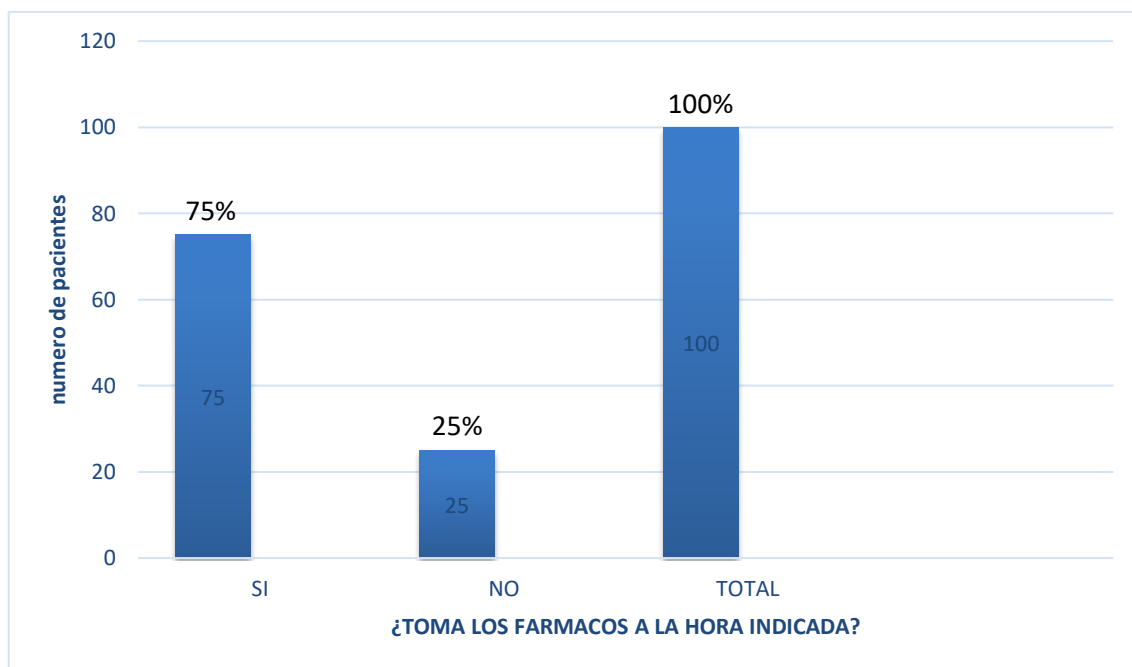


Figura 7. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del test de Morisky-Green-Levine ¿toma los fármacos a la hora indicada?

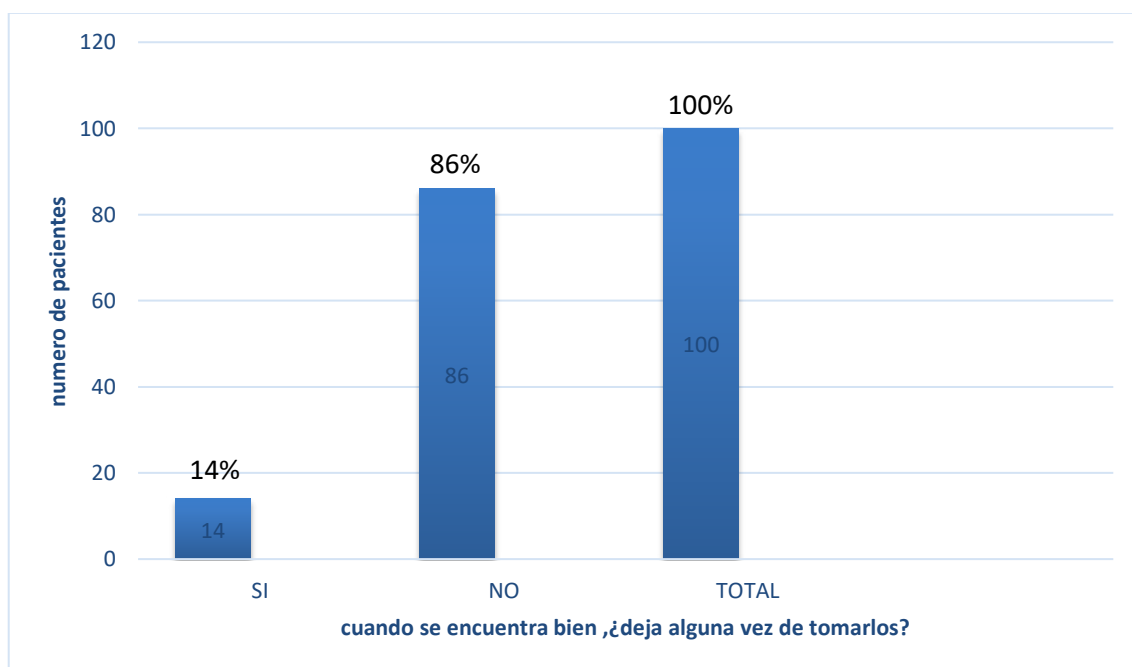


Figura 8. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del test de Morisky-Green-Levine. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?

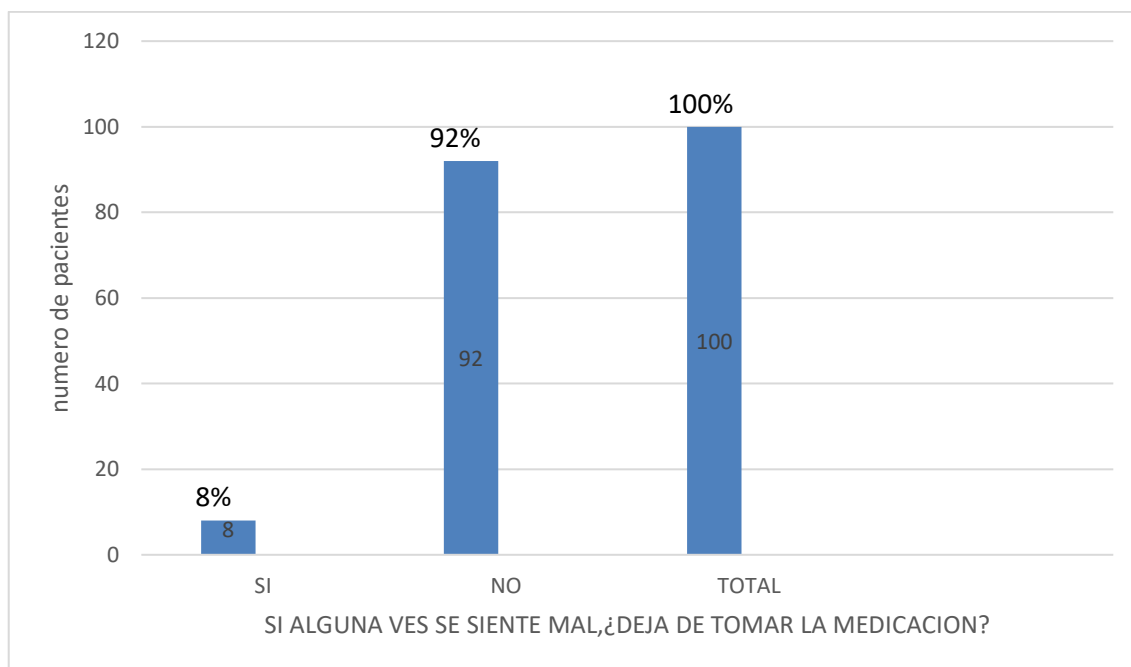


Figura 9. Resultado obtenido con respecto a la pregunta del test de Morisky-Green-Levine. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?

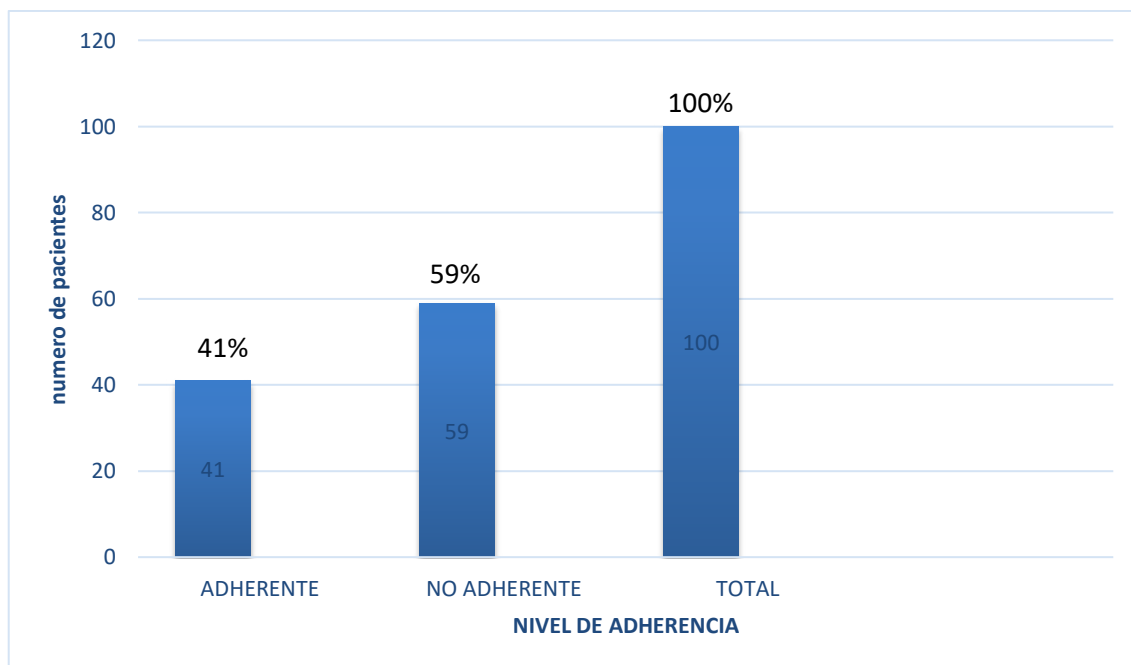


Figura 10. Nivel de adherencia terapéutica según Test de Morisky-Green-Levine en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre 2019.

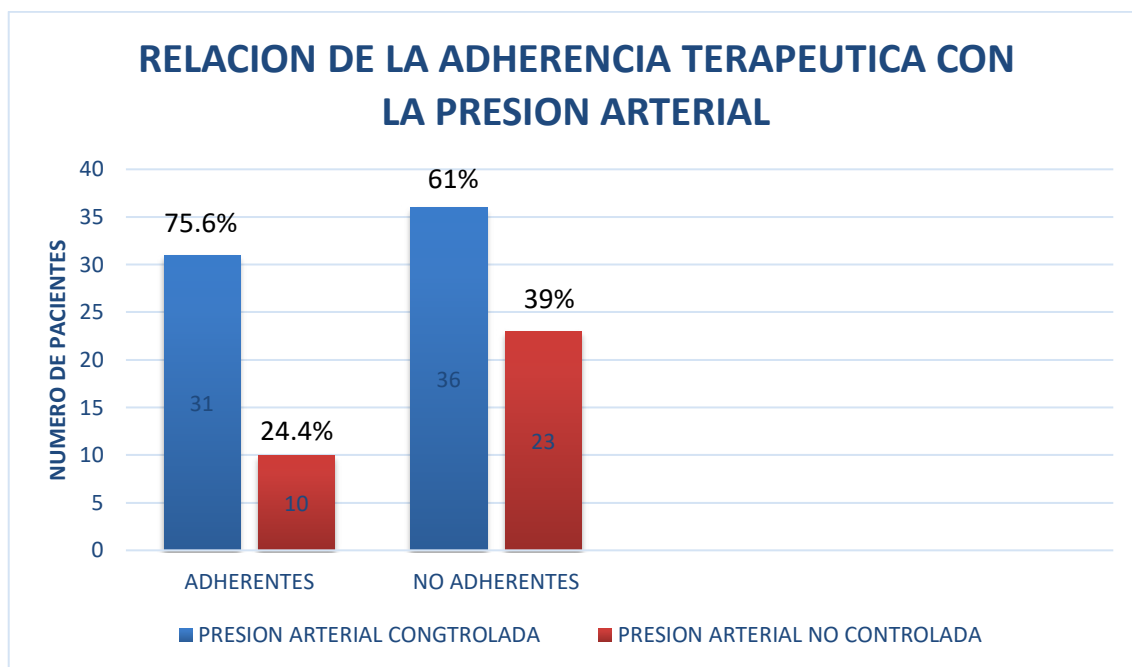


Figura 11. Relación que existe de la adherencia terapéutica con la presión arterial de los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre 2019.

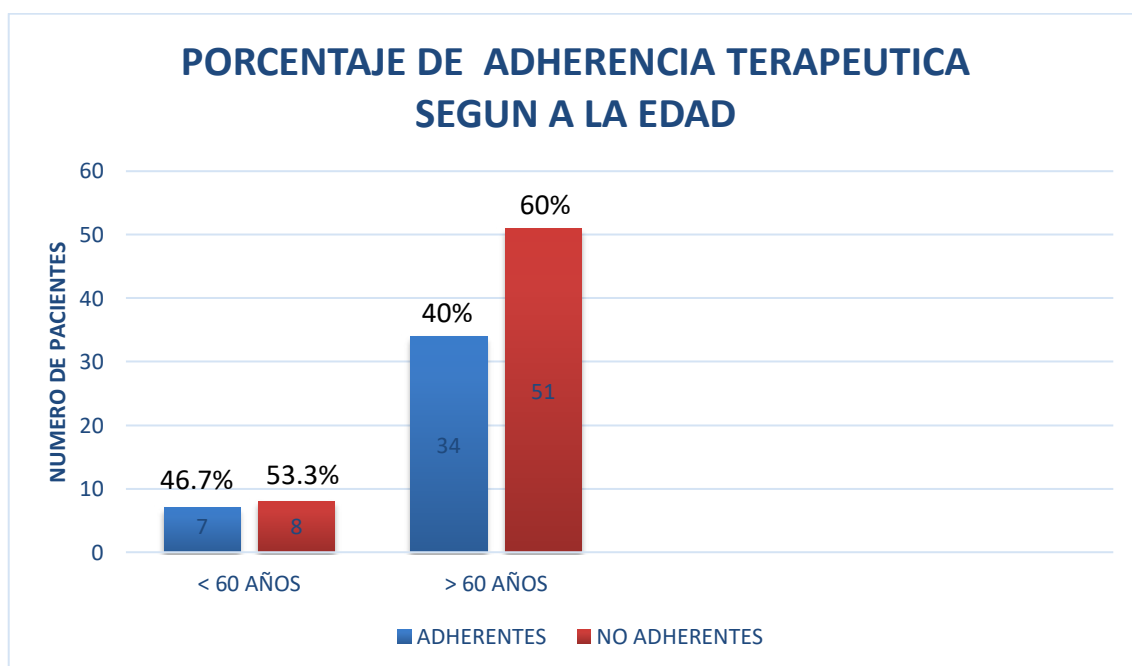


Figura 12. Porcentaje de adherencia terapéutica según la edad en los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre 2019.

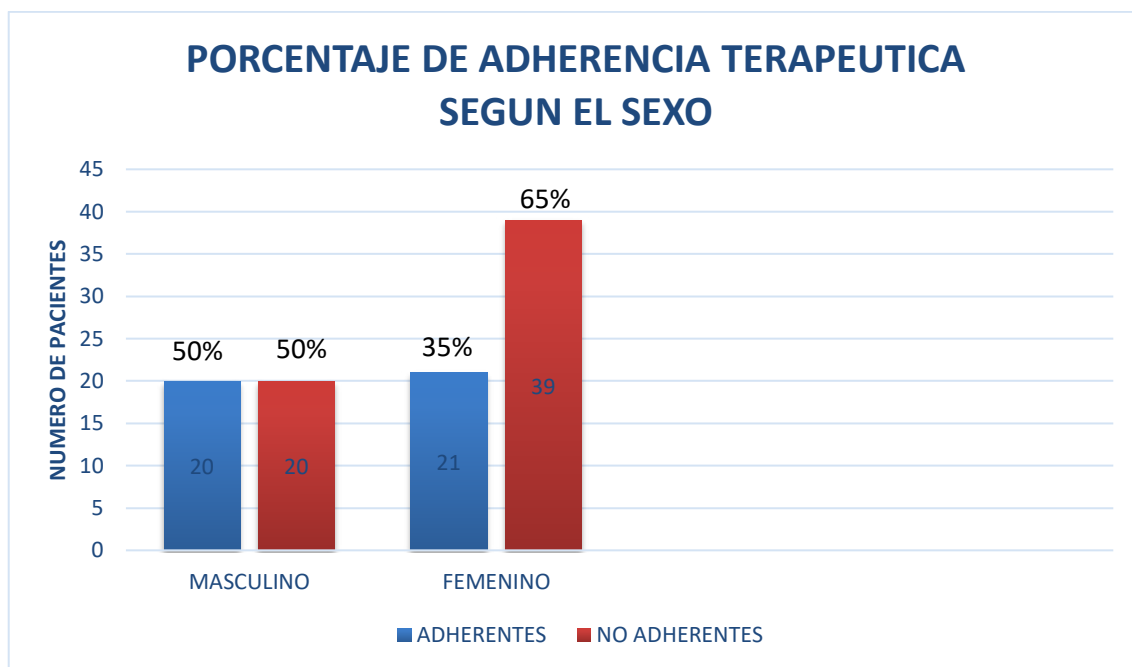


Figura 13. Porcentaje de adherencia terapéutica según el sexo de los pacientes con tratamiento antihipertensivo Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto – setiembre 2019.

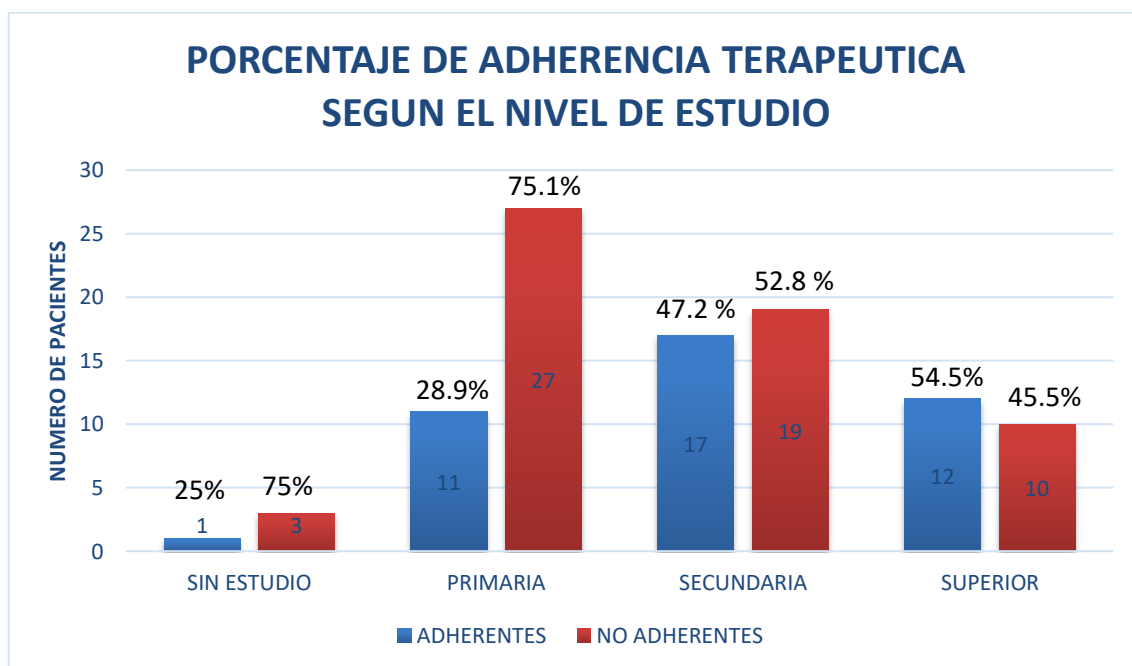


Figura 14. Porcentaje de adherencia terapéutica conforme al nivel estudiado de los pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

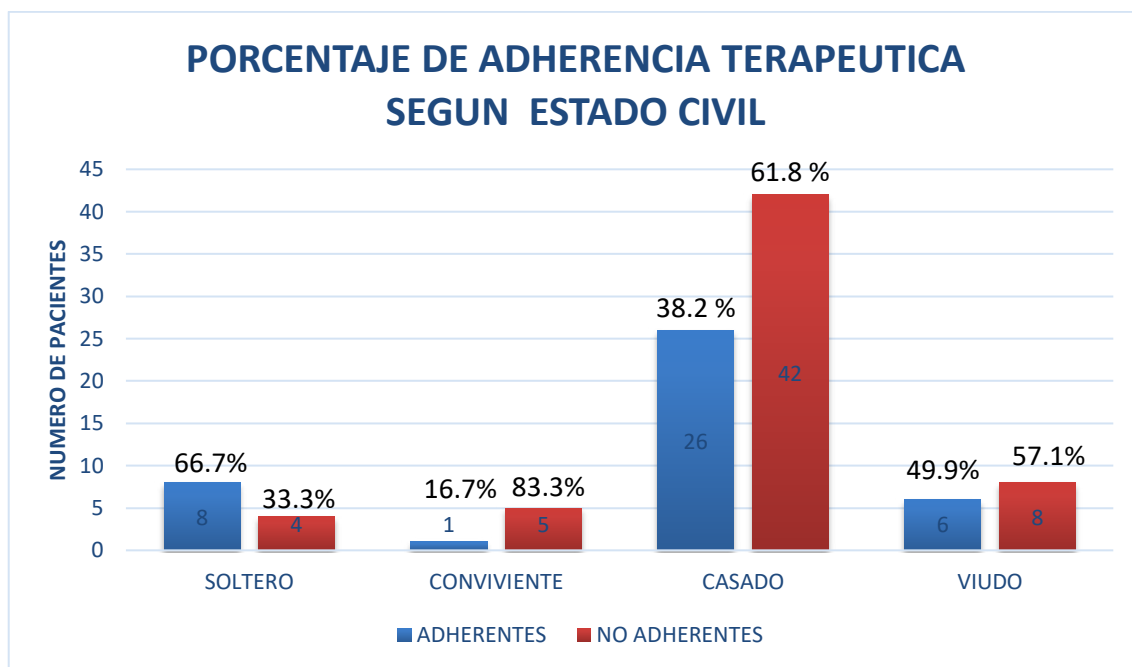


Figura 15. Porcentaje de adherencia terapéutica según estado civil en los pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral agosto a setiembre 2019.

CAPITULO V: DISCUSION

En el presente estudio se observa que el 85% de pacientes con tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral fueron mayores a 60 años (figura 1), superando muy ampliamente a los pacientes cuyas edades están por debajo de los 60 años, que solo represento un 15% de la población estudiada. Resultados similares en otros estudios como el de la universidad nacional de Cajamarca en el año 2016, donde encontraron que el 77.7% de pacientes que participaron en la investigación corresponden a mayores de 60 años (5). Y el efectuado por Apaza (2006), donde la población con mayor porcentaje de hipertensión arterial (80.3%) está entre los 61 a 70 años en ambos sexos (7). Sin embargo, en otro estudio muestra una tendencia muy diferente a la nuestra, donde la población con mayor porcentaje correspondía a las edades entre 18 a 29 años, siendo en su totalidad los menores a 60 años un 83.9% y los mayores a 60 años un 16% (3).

Con respecto a la adherencia y la edad, tal como se puede ver en la figura 12, el mayor porcentaje de no adherencia (60%) se observa en pacientes mayores a 60 años, y con respecto a la mayor adherencia esta se encuentra dentro del grupo de la población menor de 60 años en un 53.3%. Este resultado es contrario al estudio efectuado por Rueda Vidarte (2018), donde concluye que el mayor porcentaje de adherencia se encuentra en la población mayor a 60 años que alcanza un 67.7% de adherencia (6).

Tomando en cuenta el sexo en los pacientes como se puede ver en la figura 2, un mayor porcentaje de mujeres, el 60 % de la muestra estudiada. similar a lo obtenido por Alza Rodríguez en el año 2015, donde se encuentra un porcentaje de 60% de población femenina (228 mujeres) (4). Asimismo, Rueda Vidarte (2018) encontró un total de 70% de mujeres cuyas cifras superan ampliamente a la población masculina (6). Igualmente se encontró en el estudio efectuado por Ysabel Correa (2016), en donde las mujeres representaban un 60.2% de los pacientes con tratamiento antihipertensivo (9).

En la figura 13, donde se establece el porcentaje de la adherencia terapéutica y el sexo, se evidencia que el mayor porcentaje de no adherencia al tratamiento se encuentra en los pacientes de sexo femenino con un 65 %, logrando solo un 35 % de adherencia con respecto a los varones que alcanzan una adherencia de solo 50%. Resultados coincidentes con los obtenidos por Alza Rodríguez en el año 2015, donde las mujeres tienen un 66.23 % de no adherencia al tratamiento, llegando alcanzar solo un 33.77% de adherencia con respecto a los 46.71% de adherencia en el sexo masculino (4). El estudio efectuado por Gaby Apaza determino que son las mujeres las que presentan un mayor porcentaje de no

adherencia (58%) con respecto al 42% de varones que no son adherentes al tratamiento (7).

En cuanto al nivel de estudio de los pacientes que participaron, tal como se muestra en la figura 3, se puede apreciar que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel primario con un 38%. Asimismo, podemos observar en la figura 14 que el mayor porcentaje de adherencia se encuentra en los pacientes con nivel de estudio superior que alcanza 54.5% seguido de los pacientes que tienen nivel de estudio secundario que llegan a un 47.2%; siendo los niveles de estudios primario y sin estudios los que presentan los mayores porcentajes de no adherencia en un 75.1% y 75% respectivamente. Coincide con los resultados obtenidos en el estudio Alza Rodríguez en el año 2015 quien determina que los adultos con bajo nivel educativo tienen tendencia a presentar mayores problemas de no adherencia, aunque el nivel educativo no se considera con un indicador de riesgo significativo (4).

Se determina que el estado civil predominante en el estudio, conforme se registra en la figura 4 corresponde a los casados que alcanzan un 68% y tomando en cuenta los datos de adherencia según el estado civil conforme la figura 15, se observa que un 83.3% de no adherencia son los pacientes convivientes seguido de un 61.8% de los pacientes casados, asimismo se puede observar que el mayor porcentaje de adherencia se encuentra en los pacientes solteros con un 66.7% seguido de un 49.9% en pacientes viudos. Estos datos presentan la misma tendencia con respecto al estudio efectuado R Carhuallanqui en 2010, donde se observa que los pacientes de estado civil convivientes representan un 100% (6 pacientes) de no adherentes seguido de los pacientes solteros con un 71.4% (5 pacientes) siendo en este último que se difiere de nuestro estudio, la condición de viudo es la que tiene el mayor porcentaje de adherencia 69.2% (11); En el estudio efectuado por Rueda Vidarte en el año 2018, determina que el mayor porcentaje de pacientes no adherentes está en el estado soltero con un 66% ,pero tomando en cuenta que la mayor cantidad de pacientes están en condición de estado civil casado (70 pacientes), esta tiene un 58.8% de pacientes que son adherentes al tratamiento (6).

Con respecto a la presión arterial de los pacientes conforme se resume en la figura 6, el 67% de pacientes presentaron presión arterial controlada y un 33 % de pacientes con presión arterial no controlada. Este resultado coincide con la tendencia mostrada en el estudio de TORNASOL II en el año 2011, donde refiere que los pacientes hipertensos que están siendo tratados solo el 52.4% son compensados y el 47.6% están

descompensados (3). Rueda Vidarte también presenta resultados similares a nuestro estudio, donde el 52.5% de pacientes tienen su presión arterial controlada y el 47.5% lo tiene no controlado (6); aunque el estudio efectuado por Sánchez Fustamante presenta una tendencia distinta a la nuestra ya que determino solo un 41.7% de pacientes con presión arterial controlada y 58.3% de pacientes con presión arterial no controlada (5).

En cuanto a la relación que existe la presión arterial y la adherencia terapéutica conforme se grafica en la figura 11, se determina que hay relación muy significativa entre la presión arterial controlada y la adherencia, ya que del total de pacientes adherentes al tratamiento el 75.6% tiene su presión arterial controlada y solo el 24.4% no tienen la presión arterial controlada; sin embargo esta tendencia también se observa en la población no adherentes al tratamiento con un 61% de pacientes que tienen su presión arterial controlada y un 39% con presión arterial no controlada, analizando estos resultados podemos ver un porcentaje mayor de presión arterial controlada en los adherentes y elevado porcentaje de presión no controlada en los no adherentes. Estos resultados coinciden con el estudio de Rueda Vidarte (2018), donde señala que de los pacientes adherentes al tratamiento el 53.1% tiene su presión arterial controlada, lo cual es mayor a la que se presenta en los pacientes no adherentes que solo tienen un 51.8% de pacientes con presión arterial controlada (6). En el estudio de Sánchez Fustamante los resultados son mucho más aproximados al nuestro, donde el 53% de la población adherentes al tratamiento tienen su presión arterial controlada y de la población no adherente al tratamiento solo el 32% tienen la presión arterial controlada (5).

El nivel de adherencia terapéutica conforme se grafica en la figura 10, muestra un 41% de pacientes que son adherentes al tratamiento y un 59% de pacientes que no son adherentes al tratamiento. Este porcentaje de adherencia tiene tendencia similar a la obtenida por el estudio de R. Carhuallanqui (2010), donde se obtuvo un 37.9% de adherencia, que se encuentra dentro de los rangos alcanzados en Latinoamérica cuyas cifras oscilan entre 37 y 52% de adherencia terapéutica (11). También se encuentran cifras aproximadas en el estudio de Sánchez Fustamante (2015), donde la adherencia es del 47.6% lo cual está dentro de los rangos encontrados en Latinoamérica y que además coincide con el informe presentado por la OMS, donde se señala que la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos es del 50% en los países desarrollados y que esto debe ser inferior en los países en vías de desarrollo (5).

En cuanto a las respuestas del test de Morisky-Green- Levine, se puede determinar que la principal causa de no adherencia corresponde a que el paciente se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos en 52%, no toma los fármacos a la hora indicada en un 25%, cuando se encuentra bien deja alguna vez de tomarlos en un 14% y si alguna vez le sienta mal deja de tomar su medicación en un 8%. Esta causa principal de no adherencia también se encuentra en el estudio efectuado por Gaby Apaza (2006), en la cual el 55.5% de los pacientes se olvida de tomar sus medicamentos (7), de igual manera esta causa fue descrita por Sánchez Fustamante (2015), donde el paciente se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos en un 44.7% (5).

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

- Existe un bajo nivel de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos del Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral-EsSalud, que solo alcanza un 41%; siendo el principal motivo del incumplimiento terapéutico que el paciente se olvida de por lo menos alguna vez tomar su medicamento en un 52%.
- Existe un mayor porcentaje de pacientes mayores a 60 años, siendo de estos un 60% no adherentes al tratamiento; el sexo femenino estuvo en mayor porcentaje, mostrando un bajo nivel de adherencia de 35%.; el nivel de estudio primario es el predominante, sin embargo, con respecto a la adherencia terapéutica el nivel de estudio superior es quien mostró un mayor porcentaje de adherencia de 54.5%; estado civil casado se encuentra en mayor proporción 68%, y presenta una adherencia de 38.2%.
- El 67% de los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en el Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral - EsSalud tienen controlada su presión arterial.
- Del total de pacientes adherentes al tratamiento el 75.6% tienen la presión arterial controlada., por lo cual se establece la relación entre ambos.

CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-López Gonzales S. Una Revisión Sistemática de la Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y de las Intervenciones Destinadas a Mejorarlas [Tesis Doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria; 2017.
- 2.-Delucchi A, Majul Cl, Vicario A, Cerezo G, Fábregues G. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en Argentina. Estudio RENATA. Rev Fed Arg Cardiol [Revista de internet]2017[acceso 2 de setiembre2019]46(2). Disponible en:http://www.corazoncerebro.com.ar/wp-content/uploads/2017/12/2017_RENATA_2.pdf.
- 3.-Segura L, Agustí R, Ruiz E. La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Revista Peruana de Cardiología [Revista de internet]2011[acceso 3 setiembre 2019]XXXVII (1). Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rpc/v37n1/a3.pdf>.
- 4.-Alza Rodríguez J. Factores Asociados a la Adherencia Terapéutica en Adultos con Hipertensión Arterial del Hospital I Luis Albrecht Essalud [tesis Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego;2016.
- 5.-Sanchez Fustamante S. Adherencia Terapéutica en Pacientes con Tratamiento Antihipertensivo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes- Chiclayo, enero-noviembre 2016 [Tesis Médico Cirujano]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca;2016.
- 6.-Rueda Vidarte J. Adherencia al Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en Pacientes Atendidos por Consultorio Externo del Hospital Santa Rosa, Piura entre periodo enero marzo 2018 [Tesis Médico Cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura;2018.
- 7.-Apaza Argollo G. Adherencia al Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial en los Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de Essalud- Red Tacna febrero 2013 [tesis Médico Cirujano]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna;2013.
- 8.-Rodriguez J, Solis R, Rogic S, Román Y, Rocha M. Asociación entre conocimiento de hipertensión arterial y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú. 2015.Revista Facultad de Medicina [Revista de internet]2015[acceso 4 setiembre 2019]65 (1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56773>.

- 9.-Correa Rondan B. Nivel de Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos Adultos Atendidos en Centro de Salud de Mórrope - Lambayeque 2016. Revista Científica Curae. 2018;1 (1):13-24.
- 10.-Rodriguez Sandoval R. Grado de Adherencia Terapéutica en Pacientes Hipertensos atendidos en Boticas Inkafarma – Trujillo. abril – julio 2016 [Tesis Químico Farmacéutico]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote;2016.
- 11.-Carhuallanqui R, Diestra G, Tang J, Malaga G. Adherencia al Tratamiento Farmacológico en Pacientes Hipertensos atendidos en un Hospital General. Red Med Hered.2010 ;21 (4):197-201.
- 12.-Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología [Revista de Internet]2013[acceso 5 de setiembre 2019] 66 (10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.07.016>.
- 13.-Marin R, De La Sierra A, Armario P. Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005.Med Clin [Revista de Internet]2005[7 de setiembre 2019]125 (1):24-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13076402>.
- 14.-Urina M. es del Capítulo IV. Complicaciones de la Hipertensión Arterial Sistémica. Sociedad Colombiana de Cradiologia.Colombia:2015.264 – 268.
- 15.-Rodriguez Chamorro M, García Jiménez E, Amariles P. Revisión de Tests de Medición del Cumplimiento Terapéutico utilizados en la Práctica Clínica. Aten Primaria [revista de Internet]2008[8 de setiembre 2019]40 (8):413 – 7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>.
- 16.-Aguilar Barajos S. Fórmulas para el Cálculo de la Muestra en Investigaciones de Salud. Salud en Tabasco [Revista en Internet]2005[8 de setiembre 2019]11 (1-2):2-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>.

CAPITULO VIII: ANEXOS

ANEXO N°1

PLAN DE TRABAJO

- 1.-Informar al paciente en que consiste la presente investigación.
- 2.-Si está de acuerdo en participar llenar el consentimiento informado.
- 3.-Registrar en la ficha clínica estructurada para la investigación la fecha, numero de ficha, los datos personales del paciente (nombre, edad, sexo, estado civil y grado de instrucción) y las presiones arteriales medidas.
- 4.-Aplicar el test de Morisky-Green-Levine.
- 5.-Se le brindara un compartir saludable a los participantes.
- 6.-Se le agradecerá al participante por su colaboración en la investigación

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS OBSERVACIONALES

Título del estudio: Nivel de Adherencia Terapéutica de los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en el hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

Investigador Principal: Q.F William Cesar Huaraca Tito. Cell:938122425

Institución donde se realizará el estudio: Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

Mediante la presente se le solicita pueda apoyarnos con su participación en el estudio sobre **“La Adherencia Terapéutica en Pacientes con Tratamiento Antihipertensivo Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral”**. Este estudio permitirá saber más acerca de su enfermedad de tal forma que se puedan mejorar el tratamiento, su seguimiento y cuidado de los pacientes con hipertensión arterial.

Su participación será voluntaria y si usted no quiere participar puede continuar con su atención programada sin ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si acepta participar o no.

1.-El propósito de esta investigación consiste en obtener cual es la adherencia de los pacientes que reciben tratamiento antihipertensivo en el hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral.

2.-Si Ud. Acepto, se le medirá la presión arterial y se le aplicará una entrevista donde se le hará una serie de preguntas sobre datos que se desea adquirir para este estudio, el tiempo que durada su participación será aproximadamente 15 minutos.

3.-Usted no sufrirá lesiones físicas al participar de este estudio y se respetar la confidencialidad de la información adquirida, ya que solo nosotros y algunas instancias encargadas en la institución podrán acceder a sus datos.

4.- De aceptar tenga presente que puede retirarse en cualquier momento sin explicación de causa alguna.

5.-Este estudio es autofinanciado, si Ud. lo desea se le otorgara la información de los resultados obtenidos de la investigación.

6.-Para cualquier consulta acerca del estudio puede contactar al Investigador principal, William Cesar Huaraca Tito, con teléfono 938122425, E-mail: william_cesar@hotmail.com; además si tiene alguna pregunta relacionada con los derechos como participante en la investigación, puede contactar al Comité Institucional de Ética en Investigación del HNGAI-RPA, teléfono:3242983 anexo 44338, con correo:ciei.almenara@essalud.gob.pe

Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento cuando lo desee, sin que esto perjudique mi atención en EsSalud y con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.

Nombre del participante	Firma	Fecha
Nombre del testigo o representante legal	Firma	Fecha
Nombre del Investigador	Firma	Fecha

Versión: 05 agosto 2019

ANEXO N°3

FICHA CLINICA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre del participante.....

Fecha:

N° de ficha:

Consultorio:

Parte I

Hora:

Presión arterial:

DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo: () hombre () mujer

Nivel de estudio: () sin estudios () primario () secundario () superior

Estado Civil: () soltero () conviviente () casado () viudo () divorciado

PARTE II

Hora:

Presión arterial:

DATOS SOBRE ADHERENCIA:

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? | Si () | no () |
| 2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada? | Si () | no () |
| 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? | Si () | no () |
| 4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? | Si () | no () |
| ¿Cumplidor? | Si () | no () |

PARTE III

Hora:

Presión arterial: